

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

N°

274

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

PAR

HO-DAC-DI

né le 8 Avril 1901, à Katink (Annam)

Du procédé de Witzel dans la Gastrostomie

Président : M. Jean-Louis Faure, professeur

EDITION

DE LA

REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

7, rue Gustave-Nadaud, 7

PARIS (16^e)

—
1929

178

Du procédé de Witzel
dans la Gastrostomie

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1929

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PRÉSENTÉE PAR

PAR

HO-DAC-DI

né le 8 Avril 1901, à Katink (Annam)

**Du procédé de Witzel
dans la Gastrostomie**

Président : M. Jean-Louis Faure, professeur

EDITION

DE LA

REVUE DE PATHOLOGIE COMPARÉE ET D'HYGIÈNE GÉNÉRALE

7, rue Gustave-Nadaud, 7

PARIS (16^e)

1929



LE DOYEN : M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESCREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive ..	TANON.
Médecine légale	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	ACHARD.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUBBIT.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.

Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.
AUCERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fernand) ..	Pharmacologie.
METZER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
OLIVIER	Anatomie

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Physique.
ZIMMERN	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, Professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBART	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTE LA REINE D'ANNAM

Affectueusement.

A MON CHER MAITRE LE Dr LEON GERNEZ

Chirurgien de l'Hôpital Tenon
qui m'a inspiré le sujet de ce petit travail et
dont l'autorité affectueuse et toute paternelle a
guidé mes premiers pas dans la chirurgie :

Toute ma profonde reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur Jean-Louis FAURE
Chirurgien de l'Hôpital Broca.

Tous mes remerciements pour le grand
honneur qu'il me fait en acceptant la
présidence de cette thèse.

AU Dr P. MOULONGUET

*Professeur agrégé à la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux*

En témoignage de la bienveillance dont il
a fait preuve à mon égard et des conseils
dont il m'a entouré.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1922-1923 Prof. Emile SERGENT.
 Prof. Félix LEJARS.

Externat :

1923-1924 Prof. P. DUVAL.

1924-1925 Docteur PARMENTIER.

 Docteur FOURNIER.

1925-1926 Prof. E. SERGENT.

1927 Prof. RATHERY.

 Prof. agr. Ch. RICHET Fil

Internat provisoire :

1928 Prof. agr. METZGER.

1928-1929 Docteur Léon GERNEZ.

INTRODUCTION

Bien souvent l'œsophage est le siège de lésions inflammatoires passagères ou tumorales et cicatricielles permanentes qui ne permettent pas le passage normal des aliments ingérés par la bouche. C'est afin d'arracher ces malades à la mort fatale par inanition qu'on pratique la gastrostomie. On désigne sous ce nom la création d'une bouche stomacale qui permet l'introduction directe des aliments dans l'estomac lorsqu'ils ne peuvent y arriver par les voies naturelles.

Celle-ci peut être temporaire ou permanente : Temporaire, elle s'adresse aux lésions qui peuvent ultérieurement guérir ; temporaire aussi, quand elle sert d'intermédiaire à un autre moyen de traitement ou d'exploration tel que le cathétérisme œsophagien rétrograde fait par la bouche de

la gastrotomie dans les rétrécissements de l'œsophage, du pylore ou du cardia.

Permanente, la gastrostomie est pratiquée chez des malades atteints dans 99 % des cas de cancer.

Dans notre étude, nous ne nous occuperons que de la gastrostomie permanente pratiquée chez les malades atteints de tumeurs malignes de l'œsophage.

L'utilité de la gastrostomie n'est plus à démontrer à l'heure actuelle. Il est un autre point sur lequel tous les auteurs sont aussi d'accord :

C'est la nécessité d'intervenir précocement chez ces malades. La gastrostomie pour être efficace doit être pratiquée très rapidement, une fois le diagnostic de cancer posé. Elle répond à un but précis : empêcher ces malheureux malades de mourir de faim. Il serait donc illogique d'attendre la phase cachectique pour intervenir alors que l'inanition serait complète, et que la cachexie, l'acidose, la déshydratation des tissus ont fait leur apparition. Pratiquée dans de telles conditions, elle est illusoire, vouée à un échec certain.

Dès que le cancéreux se plaint du moindre trouble de déglutition qui l'oblige à restreindre son alimentation, il faut, sans plus tarder, pratiquer la gastrostomie.

Mais si tout le monde est d'accord pour préconiser une intervention précoce, il n'en est plus de même quand il s'agit du procédé à adopter.

La multiplicité des procédés de gastrostomie que de nombreux chirurgiens se sont ingéniés à créer, prouve qu'aucun d'eux n'est parfait et exempt de critiques.

La gastrostomie n'a donné, pendant longtemps, aux chirurgiens, que des déboires. L'issue fatale était de règle ; parfois même, quelques heures après l'opération. Les succès opératoires enregistrés dans les dernières années tiennent d'une part aux précautions minutieuses d'aseptie et aux soins pré et post-opératoires, d'autre part, et surtout, à un procédé opératoire mieux réglé.

Le point capital dans toute gastrostomie est d'obtenir une continence parfaite de la bouche. C'est de cette continence que dépend le succès de l'acte opératoire. Aussi, retrouvons-nous dans tous les procédés proposés ce souci d'obtenir une continence gastrique parfaite, permettant d'alimenter le malade sans aucune perte, et mettant la plaie à l'abri de toutes les ulcérations possibles, provoquées par le rejet du suc gastrique.

Si la bouche est incontinente, l'alimentation devient impossible. Les aliments à peine injectés ressortent en partie par la fistule, constituent une source permanente d'infection. L'écoulement de liquide digestif et de suc gastrique, provoquant des altérations de l'épiderme, des érythèmes, des excorations, et, enfin, la digestion des tissus ; des douleurs intolérables apparaissent, la bouche s'agrandit, s'ulcère, se gangrène, tout cela aboutit à l'infection, à la péritonite, emportant rapidement le malade. A la souffrance physique vient s'ajouter la souffrance morale. Ce serait affliger ces malheureux d'une infirmité nouvelle.

Dans l'exposé de ce petit travail, nous nous proposons d'étudier avant tout le procédé de WITZEL, mais auparavant,

nous passerons rapidement en revue tous les autres procédés de gastrostomie, dont nous ferons une étude critique, en montrant leurs avantages et leurs inconvénients.

Cela fait, dans le chapitre suivant, nous exposerons en détail, le procédé de WITZEL, avec les quelques particularités qu'à mise en évidence la radiographie et la technique opératoire employée par notre maître, le Docteur GERNEZ, et, enfin, nous terminerons notre travail par la publication de six observations inédites et personnelles recueillies dans le service de notre Maître.

CHAPITRE PREMIER

Dans toute gastrostomie, le point capital est d'obtenir une fistule gastrique d'une continence parfaite. Tel est le but vers lequel tendent tous les procédés plus ou moins ingénieux qu'ont imaginés leurs auteurs. Le nombre considérable de ces procédés suffit amplement à prouver qu'aucun d'eux ne réalise pleinement l'espoir de leurs auteurs. Nous allons, dans ce chapitre, exposer aussi succinctement que possible la technique de chacun d'eux.

Procédés de Fistulisation directe

Procédé de Verneuil :

- 1) Incision oblique de 5 c/m, parallèle au rebord costal.
- 2) On attire un cône gastrique que l'on transfixe avec deux grosses aiguilles à acupuncture placées parallèlement l'une à l'autre ou en croix.
- 3) Suture en masse de l'estomac aux lèvres de la plaie, avec des fils d'argent.

4) Ouverture de l'estomac sur une étendue de 1 c/m, après avoir enlevé les aiguilles d'acupuncture. On introduit dans la fistule une grosse sonde molle qu'on fixe aux bords de la plaie.

5) Ultérieurement, on change de sonde, suivant l'agrandissement de l'orifice gastrique.

Procédé de Terrier :

C'est le procédé classique.

1) Incision oblique ou verticale :

Oblique : incision de Labbé, parallèle au rebord costal, à 2 c/m environ au-dessous de lui, longue de 6 à 7 c/m.

Verticale : faite sur le bord externe ou à travers le muscle grand droit.

2) Recherche de l'estomac.

3) Gastropexie par une couronne de suture en V au catgut ou à la soie. Sutures séro séreuses réunissant le péritoine pariétal au péritoine viscéral.

4) Gastrostomie à l'aide d'un bistouri ou d'un ténotome. L'ouverture doit être aussi étroite que possible.

5) Fixation de la peau des bords de l'orifice gastrique.

6) Ne mettre dans la bouche stomacale aucun obturateur, ni canule, ni drain, ni sonde d'aucune sorte qui pourrait la rendre incontinente.

7) Alimenter le malade par l'intermédiaire d'une sonde molle qu'on introduit à chaque repas. Cette sonde est retirée immédiatement après le gavage.

Procédé de House et Poucet :

C'est une gastrostomie en deux temps :

Premier Temps : gastropexie suivant la technique identique à la précédente.

Dans un deuxième temps, au bout de quelques jours, lorsque les adhérences gastro pariétales sont suffisantes pour empêcher sûrement l'écoulement des liquides septiques dans le péritoine, on fait l'ouverture de l'estomac par simple ponction.

Procédé de Golding Bird :

1° Gastropexie.

2° Ouverture gastrique quatre jours après. On dilate progressivement cette orifice pour que les fibres musculaires de l'estomac, en se contractant, forment un anneau pouvant se fermer automatiquement.

Alors que les trois procédés précédents cherchent à créer une fistule directe en un ou deux temps, les procédés suivants, que nous allons décrire rapidement, consistent à créer, soit un sphincter autour de la bouche stomacale, soit un orifice val-

vulaire, soit enfin un trajet fistuleux, spiroïde, ou long et oblique.

PROCEDES SPHINCTERIENS

Procédé de Von Hacker:

- 1° Incision verticale, à 3 m. à gauche de la ligne médiane;
- 2° Dissociation de part et d'autre, du muscle grand droit;
- 3° Ouverture et suture du péritoine à la paroi ;
- 4° Le cône stomacal, suturé au péritoine pariétal est attiré fortement à travers les fibres dissociés du grand droit qui forment ainsi un sphincter ;
- 5° Ouverture de l'estomac au sommet du cône stomacal.

Procédé de Gérard de Berne:

Technique identique à la précédente, avec cette seule différence que les fibres du grand droit, sont ensuite entrecroisés formant un sphincter.

Procédé de Hahn:

Dans son procédé, la continence de la bouche gastrique, est obtenue par le jeu des cartilages costaux. Pour ce faire, HAHN fixe l'estomac dans le huitième espace intercostal.

1° Incision de 5 à 6 cm. parallèle au rebord costal gauche;

2° Incision au niveau du 8° espace intercostal gauche, parallèle à la précédente;

3° On attire l'estomac dans le 8° espace intercostal;

4° Fixation de l'estomac à la peau, et ouverture.

Procédé de Hartmann:

1° Incision verticale à 2 cm. $1/2$ à gauche de la ligne médiane;

2° On attire un cône stomacal dont on fixe la base aux lèvres de l'incision péritonéale. Le cône stomacal est ensuite insinué entre la face profonde du grand droit, et le feuillet postérieur de la gaine; puis de nouveau engagé entre deux faisceaux du muscle préalablement dissocié;

3° Fixation du pli gastrique au feuillet antérieur de la gaine du muscle;

5° Ouverture de l'estomac et fixation de la muqueuse à la peau.

Procédé de Saboneef Frank:

1° Incision oblique parallèle au rebord costal gauche;

2° On attire au dehors un cône gastrique qu'on suture aux parois de l'incision;

3° Deuxième incision parallèle à la première et à 14 cm. en dehors, n'intéressant que la peau;

4° Décollement des parties molles, entre les deux incisions, avec formation d'un pont cutané dans lequel passe le cône stomacal;

5° Fixation de l'estomac aux bords cutanés de la seconde incision. Ouverture gastrique par ponction.

Procédé de Jaboulay:

1° Incision verticale et latérale en plein dans le muscle droit;

2° On attire l'estomac à travers cette boutonnière;

3° Incision sur la ligne médiane;

4° On décolle ainsi un pont cutané et l'on fixe l'estomac à la ligne médiane.

C'est une gastrostomie sphinctérienne, avec canal fistuleux, sous cutané, oblique.

Procédé d'Ulmann-Souligoux :

Ce procédé est une application de celui de GERSINY, pour combattre l'incontinence d'urine chez la femme.

1° Incision verticale, latérale gauche;

2° On saisit un cône gastrique qu'on attire au dehors;

3° On lui fait subir plusieurs torsions de 180°, et on le fixe dans cette situation à la plaie;

4° Dans un deuxième temps, on ouvre le sommet du cône. On suture la musculuse de l'estomac à l'aponévrose du grand droit et la muqueuse gastrique à la peau.

Par cet orifice on n'introduit la sonde qu'au moment des repas.

C'est une gastrostomie à trajet fistuleux spiroïde.

Procédé de Mayo Robson:

1° Incision verticale sur le tiers externe du grand droit;

2° Le cône gastrique est attiré à travers les fibres dissociées du muscle. La base est fixée au péritoine pariétal;

3° Une incision transversale n'intéressant que la peau, est faite à 1 cm. au-dessus de la précédente;

4° La peau est décollée sous ce tunnel sous-cutané, on fait passer le cône gastrique qu'on fixe à l'incision transversale;

5° L'ouverture de l'estomac est faite dans un deuxième temps 24 heures après.

Procédé de Marwedel:

1° Incision oblique de 6, 7 cm. Le péritoine pariétal est fixé à la couche musculaire de l'incision;

2° On fait sur l'estomac un pli de même longueur et parallèle à l'incision. On fixe l'estomac au péritoine pariétale et aux lèvres de la plaie;

3° On incise l'estomac dans toute la longueur de la plaie, incision n'intéressant que la séreuse et la musculieuse;

4° Décollement de la muqueuse sous jacente des deux lèvres gastriques sur une étendue suffisante. On creuse ainsi une gouttière capable de recevoir une sonde de Nélaton n° 17 à 19;

5° Mise en place de la sonde, suture des lambeaux. Ensuite on ponctionne la muqueuse à l'angle inférieur de la plaie. La sonde est introduite dans cet orifice. On la fixe et on la couche dans la gouttière précédemment creusée. On suture sur la sonde les deux lèvres musculaires de l'estomac;

6° Fermeture de la paroi. On laisse la sonde à demeure pendant 6 à 8 jours, puis on ne la replace qu'au moment des repas.

Procédé de Kocher:

1° Incision oblique, parallèle au rebord costal gauche, peau et aponévrose;

2° On récline fortement en dehors le bord interne du grand droit correspondant. On tombe sur l'aponévrose profonde et le péritoine que l'on incise;

3° On attire dans la boutonnière l'estomac jusqu'à ce que sa grande et petite courbure apparaissent. Ceci fait, on fixe l'estomac au péritoine, et au feuillet profond de la gaine du droit;

4° Sur la portion extra péritonéale de l'estomac, on place, verticalement, un petit drain que l'on enfouit en réunissant par-dessus, un double pli stomacal par des sutures musculo-séreuses ;

5° On fait à la partie inférieure du canal une petite ouverture sur l'estomac dans laquelle on enfonce le bout inférieur de la sonde 8 à 10 cm. Puis on ferme l'orifice par un pli stomacal. On fixe en haut l'estomac à la paroi et on ferme la paroi par-dessus l'estomac en bas.

A côté de ces gastrostomies sphinctériennes, des auteurs ont cherché à obtenir la continence de la bouche gastrique par un autre moyen de fermeture: la valvule. Les procédés valvulaires sont nombreux. Nous étudions les quatre plus importantes.

PROCEDES VALVULAIRES

Procédé de Kader:

1° Incision parallèle au rebord costal gauche jusqu'au muscle grand droit dont les fibres sont dissociées dans le sens vertical sur une longueur de 6 à 8 cm.

On incise alors la gaine postérieure du muscle et le péritoine pariétal;

2° On attire au dehors, un pli de l'estomac auquel on pratique une toute petite ponction. Dans cette ouverture on introduit une sonde qu'on fixe aux bords de l'orifice;

3° La portion de l'estomac qui répond à la sonde est alors invaginée, ce qui amène la formation de deux bourrelets parallèles circonscrivant une gouttière médiane au fond de laquelle se trouve l'orifice pourvu de la sonde;

4° Les bords libres des deux bourrelets sont solidarisés par des sutures séro-séreuses. On obtient ainsi un entonnoir profond, légèrement évasé à sa surface;

5° L'estomac est ensuite fixé à la paroi abdominale.

Procédé de Semm:

1° Incision paramédiane verticale gauche de la paroi jusqu'au péritoine;

2° On attire au dehors un cône gastrique près de la grande courbure;

3° Deux catguts sont faufileés parallèlement l'un à l'autre, autour du cône stomacal, puis tirés et noués de façon à former un étranglement à la base;

4° L'estomac est fixé à la paroi, sauf à la peau. On ferme la plaie et on laisse seulement saillante la partie de l'estomac sus-jacente au collet. Celle-ci doit faire office de valvule. On incise l'estomac dans sa partie saillante. On y introduit la sonde, puis on invagine la paroi de l'estomac afin d'obtenir une valvule circulaire.

Procédé de Fontan:

1° Incision oblique sous le rebord costal gauche;

2° On attire au dehors un grand cône gastrique dont on fixe la base aux lèvres de la plaie pariétale par des points non perforants;

3° Sur le sommet du cône, bien fixé par deux pinces de Chaput, on incise les tuniques gastriques, la séreuse, la musculieuse et enfin la muqueuse après avoir pris la précaution de décoller cette dernière des deux tuniques externes. Ce décollement de la muqueuse aide à la formation de la valvule;

4° Une sonde de Nélaton n° 22 est introduite à frottement, dans le petit orifice ainsi créé. A l'aide des pinces laissées en place, on invagine le cône gastrique saillant. On détermine ainsi la formation d'un cul de sac en doigt de gant dont l'axe est occupé par la sonde et les pinces. On retire les pinces. On fixe par des points non perforants, au catgut,

suivant le grand diamètre de la plaie les surfaces en contact de la séreuse viscérale, sauf au niveau du point où émerge la sonde. La plaie abdominale est suturée.

La sonde peut être enlevée 8 jours après l'opération. On ne la remettra qu'au moment des repas.

Procédé de Poirier:

Ce procédé diffère du précédent par ce fait que le pli gastrique n'est pas invaginé.

1° Après avoir sorti le cône gastrique et suturé sa base aux lèvres de la plaie pariétale, on incise la musculo-séreuse du sommet du cône. On décolle la muqueuse sur une hauteur de 2 cm., qu'on sectionne à la base du cône ;

2° Cette muqueuse flottante et décollée constitue la valvule qui maintient la sonde.

CHAPITRE II

ETUDE CRITIQUE DES PROCÉDES

De l'étude rapide que nous avons faite de tous les procédés de gastrostomie, plus ou moins ingénieux, se dégage un fait capital: obtenir une continence parfaite de la fistule gastrique, but principal de toute gastrostomie, seule préoccupation de tous les chirurgiens. Essayons de voir si ce but peut être atteint dans tous ces procédés.

De tous ces procédés opératoires, aucun n'est parfait, et tous prêtent plus ou moins le flanc à la critique.

Il n'y a pas lieu de nous arrêter longuement sur les procédés de fistulisation directe comme ceux de Verneuil et de Terrier. Cette méthode est à rejeter complètement pour plusieurs raisons:

Elle n'a jamais permis d'obtenir une continence de la néostomie; de plus, la suture directe de la muqueuse gastrique aux lèvres de la paroi est une condition favorable à

l'issue facile du suc gastrique. Dès lors, le malade peut mourir de péritonite (cas de Kraske). Si, par hasard il échappe à cette complication, il sombrera dans la faim et la cachexie à cause de l'incontinence de la fistule gastrique, et surtout des douleurs intolérables, de la digestion des tissus environnants, provoqués par l'issue du suc gastrique. De plus, cette fistule allait s'élargissant progressivement. On a bien cherché à remédier à ces inconvénients par des artifices ingénieux, lames de caoutchouc autour de la sonde, canules spéciales, application de corps gras, de pommades sur la plaie. Aucun de ces artifices ne donnait de résultat satisfaisant. Ils produisaient au contraire, un résultat tout opposé à celui cherché par le chirurgien. Ces drains, ces canules maintenaient béantes les lèvres de la plaie stomacale, relachaient les tissus. On remplaçait, au fur et à mesure que le diamètre de la fistule s'agrandissait, par des obturateurs plus larges: le mal était pis. Excoriations, érythèmes, ulcérations, digestions des tissus, tel était le cortège habituel des complications de toutes ces gastrostomies. On aboutit toujours à des échecs certains.

Les critiques que nous venons de formuler à l'encontre de ces procédés classiques de gastrostomies VERNEUIL et TERRIER, sont en partie applicables au procédé de gastrostomie en deux temps préconisé par HOWSE.

Celle-ci a pour but de fixer dans un premier temps l'estomac à la paroi. On attend pendant quelques jours que des adhérences se soient formées entre l'estomac et la paroi abdominale, afin d'exclure la grande cavité péritonéale. Puis dans un deuxième temps, on fait l'ouverture de l'estomac, ainsi on

évite la péritonite, complication redoutable qui hante l'esprit de tous les chirurgiens.

C'est déjà un progrès énorme que de pouvoir éviter la péritonite. Malheureusement, toutes les autres complications que nous avons signalées plus haut, demeurent : incontinence de la bouche, issue des aliments et du suc gastrique, digestion et infection de la plaie.

Il est une autre critique plus grave qu'on peut formuler contre les gastrostomies en deux temps : chez les malades cachectiques qui sont en train de mourir de faim, on ne peut pas se payer le luxe de faire une opération en plusieurs temps séparés parfois par un intervalle fort long. Ceux qui préconisent cette méthode en deux temps oublient trop que la gastrostomie est une opération d'urgence, dont le malade ne peut tirer profit qu'à la seule condition qu'elle soit exécutée très rapidement, dans le minimum de temps. Il serait donc illogique, vu son urgence, de la faire en deux temps. Bien souvent, d'ailleurs, il peut arriver que le malade meurt dans le laps de temps qui sépare les deux temps opératoires. Si nous faisons abstraction des critiques que nous avons faites, critiques qui tiennent surtout de l'état général du malade, pour examiner objectivement le côté technique du procédé, nous sommes obligés de constater que la gastrostomie en deux temps, n'est pas une opération aussi simple qu'on pourrait le croire. Malgré la précaution qui consiste à laisser dans la plaie un fil attaché à la paroi gastrique, on n'est jamais absolument sûr de ponctionner l'estomac dans le deuxième temps opératoire? Nous n'en voulons pour

preuve que le cas classique de SCHWARTZ qui injecta pendant 24 heures du liquide dans l'arrière cavité des épiploons d'un malade qu'il a opéré par ce procédé. Cet accident a été reconnu nettement à l'autopsie. MONOD a commis la même faute.

Il est un autre facteur qui doit aussi entrer en ligne de compte, c'est le choix de l'anesthésie dont nous reparlerons.

Toutes ces considérations prouvent amplement que la gastrostomie en deux temps est une opération qui doit être bannie de la thérapeutique chirurgicale des sténoses de l'oesophage, et en particulier des sténoses cancéreuses.

Incontestablement un grand progrès a été accompli quand on a inventé les procédés de gastrostomie avec sphincter. Il résulte des statistiques que la mortalité dûe à la technique opératoire a considérablement abaissé. Cependant, tous les divers procédés de gastrostomie à sphincter ne sont pas exempts de critique. La technique opératoire est longue et délicate, elle n'est pas à la portée de vulgaires praticiens. Elle est exclusivement réservée aux virtuoses du bistouri. Cela a son importance, car il ne faut pas oublier que la durée de l'opération est un facteur non négligeable chez des malades cachectiques. De plus, dans ces procédés, on n'a pas toujours obtenu une continence parfaite de la bouche, malgré la création d'un sphincter musculaire, fait aux dépens soit de la paroi gastrique, soit des fibres dissociées du grand droit. Cette occlusion imparfaite de la fistule provient de la non contractilité du sphincter artificiel.

Quant aux procédés valvulaires, ils ont donné d'excel-

lents résultats à leurs auteurs. Leur technique est simple et facile à exécuter. Malheureusement, on a enregistré des échecs dus à l'insuffisance des valvules qui deviennent rigides et qui se rétractent par cicatrisation secondaire. De sorte que la fistule gastrique reste béante et incontinente. Dans certains cas, lorsque la muqueuse gastrique est trop décollée, elle fait hernie dans la cavité gastrique. Les aliments injectés par la fistule, ne pénètrent pas dans l'estomac proprement dit, mais viennent se loger entre la muqueuse et les tuniques externes de la paroi gastrique.

C'est dire que les procédés dits « valvulaires » ne mettent pas sûrement le chirurgien à l'abri d'une incontinence.

Nous mettons à part le procédé de MARWEDEL qui cherche à créer un canal intrapariétal entre la muqueuse et les tuniques externes de l'estomac. Il est fort ingénieux. Il a pu donner de bons résultats à son auteur, mais c'est un procédé fort difficile et très délicat dans son exécution. De plus, la muqueuse gastrique n'étant pas bordée à l'orifice cutané peut se rétracter. Il est alors possible au suc gastrique de refluer en dehors, par suite de la rétraction, du rétrécissement du canal.

Nous avons passé jusqu'ici, sous silence, la question d'anesthésie qui a une très grande importance. Certains auteurs ont enregistré des échecs dans les gastrostomies non tant à cause du mauvais procédé opératoire que de l'anesthésie. Chez des malades cachectiques, déshydratés l'anesthésie générale quelle qu'elle soit est un coup de grâce qu'on leur porte. On aurait pu certainement éviter un grand nombre

de morts immédiates post-opératoires, si on s'astreignait dans tous les cas à employer l'anesthésie locale.

Pour nous résumer, nous voyons que tous les procédés de gastrostomie que nous avons étudiés ont donné de bons résultats, mais ce ne sont pas des procédés parfaits, permettant aux chirurgiens d'escompter un succès opératoire certain. Les échecs enregistrés sont encore dans une proportion trop élevée pour pouvoir nous contenter de ces méthodes opératoires. C'est alors qu'est né un procédé nouveau et ingénieux, dû à WITZEL, que nous allons étudier en détail dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

PROCÉDÉ DE WITZEL

Avant de décrire dans tous ses détails, la technique opératoire de gastrostomie suivant le procédé de WITZEL, nous allons indiquer d'abord les conditions nécessaires et suffisantes que doit observer le chirurgien, et dont dépend le succès de l'opération.

La plupart des échecs enregistrés jusqu'ici vient non seulement du procédé opératoire adopté qui est plus ou moins défectueux, mais encore de la méconnaissance de certains facteurs anatomiques et physiologiques de l'estomac.

Le rejet de liquide injecté dans la fistule gastrique est dû à la mauvaise position de la néostomie. En général, on a une tendance à mettre celle-ci trop bas, non pas au niveau de la grosse tubérosité, mais au niveau du corps de l'estomac.

Certains auteurs, pour expliquer la cause de cette issue de liquide injecté ont incriminé la tolérance gastrique qui est spécifique à chaque estomac. D'après eux, il est des estomacs qui sont toujours intolérants, et chassent leur suc gastrique quoiqu'on fasse, et quel que soit le procédé employé. C'est là une erreur qu'a mise en évidence la radiologie de l'estomac.

En effet, la radiographie montre qu'il existe normalement, dans tout estomac, une poche à air, plus ou moins importante, selon la réplétion gastrique. Si donc, on fait une bouche le plus haut possible, au niveau de cette poche à air, c'est-à-dire de la calotte tubérositaire, les liquides injectés ne pourront pas refluer au dehors par la fistule. C'est à TERRIER que revient le mérite d'avoir reconnu la nécessité de mettre la bouche aussi haut que possible près du cardia, pour obtenir un bon fonctionnement de celle-ci. Malheureusement, dans les procédés classiques, on ne peut obtenir une continence parfaite de la bouche tant que la muqueuse gastrique qui entoure la néostomie est fixée à la paroi. D'autre part, avec les procédés anciens tels que celui de TERRIER, il est impossible de mettre la bouche haut et la fixer à la paroi sans traverser le diaphragme. Il faut donc créer un trajet qui puisse mettre en communication la néostomie avec l'extérieur. C'est le procédé de WITZEL.

WITZEL trouvant que les procédés employés jusqu'alors étaient insuffisants pour empêcher le reflux du suc gastrique, a imaginé un procédé de gastrostomie avec formation d'un canal s'ouvrant dans l'estomac, comme l'uretère dans la vessie.

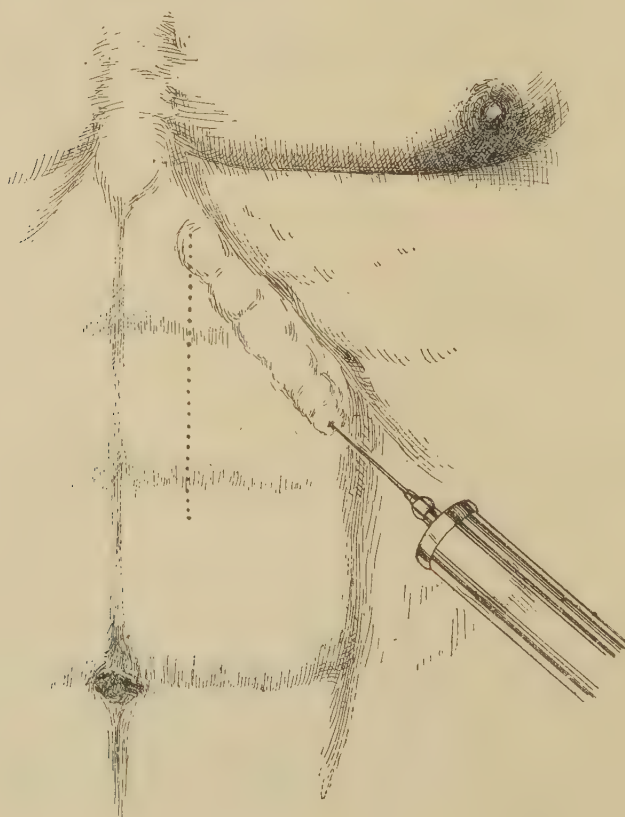
Par son extrémité antéro-inférieure, ce trajet vient s'ouvrir à la surface de la peau. Par son extrémité postéro-supérieure, il aboutit à la cavité gastrique. Dans ce trajet, la communication entre les orifices superficiels et profonds se fait par l'intermédiaire d'un tube de caoutchouc. Par ce moyen on obtient une continence parfaite de la fistule gastrique. De plus, l'issue du suc gastrique est rendue complètement impossible. On comprendra facilement les avantages énormes de ce procédé opératoire, et sa supériorité sur tous les autres procédés quand on se sera familiarisé avec les différents temps de l'opération.

Description de l'Opération

Technique employée par le Docteur GERNEZ

C'est le procédé de WITZEL que nous décrirons dans ses lignes générales. Quant à la technique opératoire, c'est celle employée par notre Maître, le Docteur GERNEZ, que nous aurons en vue. Nous montrerons, chemin faisant, les points qui diffèrent entre la technique de notre Maître et celle de WITZEL.

L'opération se fait toujours à l'anesthésie locale : solution de novocaïne à 1 % injectée longitudinalement, suivant la future ligne d'incision, à 2 c/m de la ligne médiane, ou plus simplement le long du rebord thoracique. 20 à 30 c/m cubes suffisent pour l'infiltration totale du champ opératoire : peau, tissu cellulaire sous cutané, plan musculaire jusqu'au contact du péritoine.



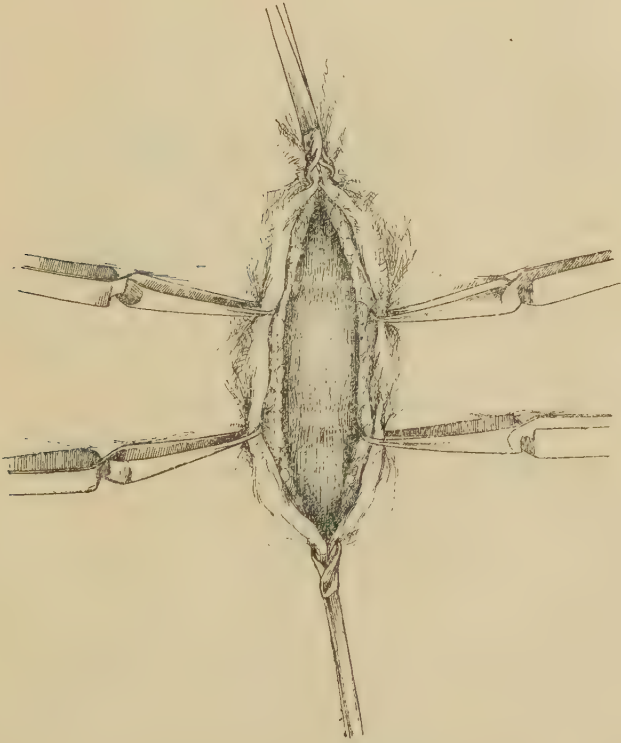
Blocage le long du rebord thoracique.

Premier Temps : Incision des parties molles et ouverture de l'abdomen.

Pour arriver dans la cavité péritonéale, on fait une incision verticale, à 2 c/m à gauche de la ligne médiane.

Cette incision commence en haut, au bas du rebord costal et se termine en bas, à la demande.

Une fois que la peau et le tissu cellulaire sont incisés



Incision verticale à 2cm. de la ligne médiane.

on tombe sur la face antérieure de la gaine du muscle grand droit gauche.

On l'incise carrément, d'un bout à l'autre de la plaie. On repère les lèvres de l'aponévrose par des pinces. A ce moment apparaît le muscle grand droit. On dissocie soigneusement les fibres des muscles, suivant leur direction verticale. Cette



Dissection du droit aux ciseaux

dissociation doit se faire aux ciseaux mousse. Elle doit être

poursuivie d'un bout à l'autre de la plaie, jusqu'à la gaine aponévrotique postérieure du muscle. On récline par des écarteurs de Farabeuf les deux bords musculaires. On sectionne la gaine postérieure du grand droit bien en regard de la section cutanée.



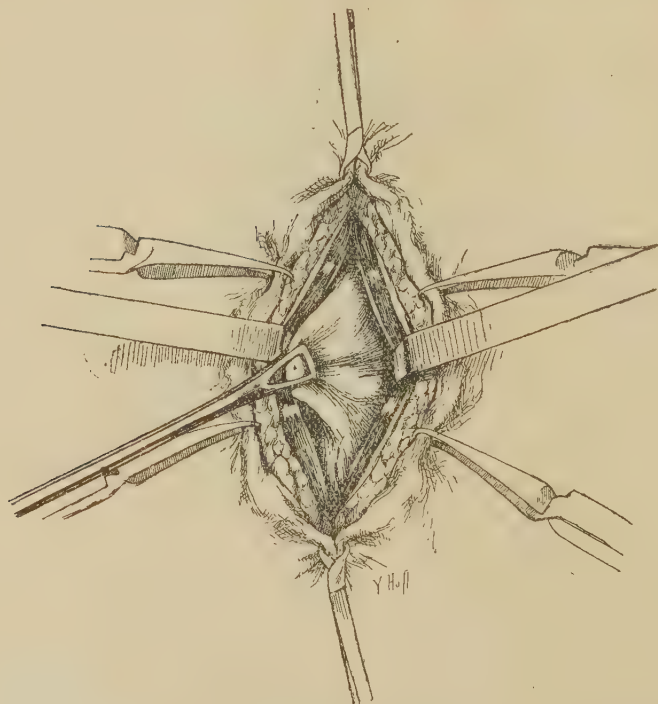
Section du feuillet postérieur de la gaine du droit.

On tombe sur le péritoine auquel on fait un petit pli. On ponctionne celui-ci avec la pointe du bistouri. On achève

d'agrandir la plaie péritonéale avec les ciseaux guidés sur un doigt.

Deuxième Temps : Recherche et ouverture de l'estomac.

La découverte de l'estomac ne présente, en général, aucune difficulté. Chez les individus très amaigris, profondément cachectiques, on l'aperçoit souvent dès que le



On attire l'estomac.

péritoine a été incisé et que les lèvres de la plaie ont été suffisamment écartées, mais en règle générale, il faut faire une vérification. Pour cela, avec une pince ovale souple qu'on introduit obliquement en haut, *on va rechercher l'estomac très à gauche, vers la grosse tubérosité* qu'on attire au dehors. Il est alors facile de reconnaître l'estomac à la consistance de ses parois qui sont notablement plus charnues et plus fermes que celles de l'intestin grêle et du gros intestin.

Parfois, la recherche de l'estomac peut être gênée par de gros paquets épiploïques et d'anses intestinales qui viennent obstruer la plaie, ou par une hypertrophie considérable du lobe gauche du foie. De plus, chez ces malades cachectiques, l'estomac est ordinairement petit, rétracté, ratatiné tout contre le rachis. Dans ce cas, en plongeant plus profondément la pince ovale, et avec un peu de patience, on arrive toujours à saisir l'estomac.

Celui-ci, une fois reconnu et saisi, on l'attire entre les lèvres de la plaie. La pince ovale est laissée en place, elle sert d'amarre. Avec une pince de Grégoire, mousse, on attire ainsi peu à peu la grosse tubérosité de l'estomac, et cela le plus haut possible en prenant des ris sur la face antérieure.

En général, on arrive assez facilement à attirer la grosse tubérosité au niveau de la plaie cutanée.

Une portion de la grosse tubérosité est ainsi attirée hors du ventre. On met trois pinces de Chaput qui circonscrivent une surface triangulaire. On passe ensuite un premier fil de lin au niveau de l'angle supérieur du triangle. Ce fil ne doit traverser que les tuniques externes séro-muscleuses de

l'estomac. Les deux chefs sont repérés par une pince et confiés à l'aide.

Puis, bien au centre du triangle gastrique, on faufile un fil de lin, N° 0, en bourse, circonscrivant une petite surface d'un centimètre de diamètre. On ouvre ensuite l'estomac à ce niveau, en le transperçant avec la pointe du bistouri. Il est important de remarquer que cette ouverture doit être aussi petite que possible.

Il faut bien ouvrir l'estomac d'un coup sec, traverser toutes les tuniques gastriques à la fois. On a observé des accidents survenus à la suite de l'ouverture incomplète de l'estomac ; la muqueuse gastrique glisse sur les tuniques externes, dont elle se décolle facilement, de sorte qu'elle peut fuir sous le bistouri.

Troisième Temps : Mise en place de la sonde et création d'un canal gastrique séro-séreux.

A travers cet orifice on va maintenant passer la sonde. On se sert d'une sonde molle en caoutchouc, N° 18. On l'enfonce de quelques centimètres, et on serre le fil en bourse autour d'elle.

En général, la sonde tient parfaitement en place. Mais pour plus de sécurité, on peut fixer la sonde, en la transperçant avec le même fil en bourse avant de couper ce dernier.

Il faut fixer très solidement la sonde au niveau de son point de pénétration dans la cavité stomacale, afin d'obtenir

l'occlusion hermétique de l'orifice qui lui donne accès. De là résulte la double utilité du fil en bourse, qui permet, non seulement la fermeture complète de la fistule stomacale, mais



Mise en place des 3 pinces de Chaput, des fils et de la sonde.

encore la fixation de la sonde. C'est là un point capital, car si par malheur la sonde ne tient pas après l'intervention, toute l'opération est à recommencer. Il est impossible d'arriver à remettre simplement la sonde dans le canal, sans ouvrir de nouveau la paroi abdominale. En observant strictement ces

précautions, on peut être certain que le contenu stomacal ne pourra plus refluer et ainsi souiller la plaie opératoire.

Une fois la sonde mise en place, on la couche en bas, sur la face antérieure de l'estomac en A. B. (Schéma). On



Enfouissement de la sonde sous un repli de la séreuse de l'estomac.

réunit ensuite par des pinces de Chaput les deux gros replis que l'on prend sur la face antérieure de l'estomac, enfouissant ainsi la sonde. On fait ensuite un bon surjet séreux à la soie. Ce canal a une longueur de 5 à 6 c/m.

(Certains chirurgiens, au lieu de coucher la sonde en bas, la dirigent en haut. Cette pratique est faisable, mais elle est loin d'être la meilleure. En effet, pour pouvoir créer sur la face antérieure de l'estomac un canal enfouissant la sonde, et dirigé vers le haut, il faut avoir de la place. Coucher la sonde de bas en haut, est une chose impossible quand on veut mettre l'orifice le plus haut possible, au niveau de la grosse tubérosité. Si donc, on arrive à faire un canal gastrique séro-séreux, enfouissant la sonde et dirigé en haut, on ne peut le faire qu'en déplaçant le siège de la fistule gastrique plus bas, c'est-à-dire, au niveau de la portion moyenne de l'estomac et non plus au niveau de la grosse tubérosité. Dans ce cas, on risque fort d'avoir un reflux alimentaire par la sonde, puisque la néostomie n'est plus au niveau de la poche à air.)

(Certains auteurs, à la place du surjet à la soie, substituent des points séparés, faits au fil de lin ou au catgut. Ces mêmes fils servent ensuite à fixer le canal à la paroi abdominale. Cela est affaire de goûts personnels.)

Quatrième Temps : Fixation du canal gastrique à la paroi abdominale.

En haut, on fixe avec le premier fil (a) la paroi stomacale à la gaine postérieure du droit.

En bas, sous la sonde, on en fait autant avec le fil (b).

Des deux autres côtés du canal stomacal, on met alors

deux ou trois autres fils qui accolent ainsi complètement la paroi antérieure de l'estomac à la gaine postérieure des droits.



Fixation de la paroi stomacale au feuillet postérieur de la gaine du droit ; fixation de la sonde à la paroi de l'estomac et à la gaine du droit.

Au bout de quelques jours des adhérences se forment entre la paroi antérieure de l'estomac et la paroi abdominale et excluent ainsi cette portion de l'estomac de la grande cavité péritonéale. On obtient alors une sécurité parfaite.

(Mais certains chirurgiens, avant d'accoler le canal gastrique qui enfouit la sonde à la paroi, font en plus à

distance de ce canal, un surjet qui réunit la face antérieure de l'estomac et le péritoine pariétal à la paroi abdominale, afin d'exclure immédiatement la grande cavité péritonéale du champ opératoire.)

C'est, à notre avis, un temps opératoire supplémentaire inutile, car, comme nous l'avons dit plus haut, le canal gastrique est très vite exclu de la grande cavité.

Par prudence, on fixe encore la sonde soit à la gaine antérieure du grand droit, soit à la peau.

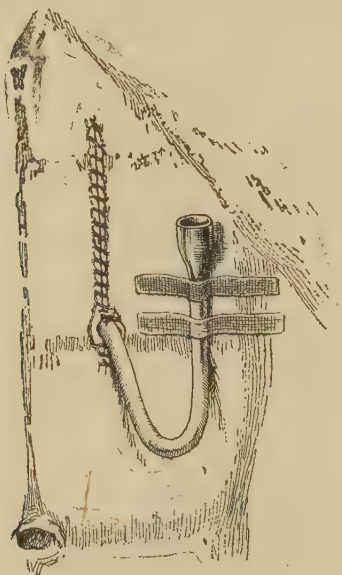
Cinquième Temps : Fermeture de la paroi.



Suture du feuillet antérieur.

Les fibres dissociées du grand droit reviennent à leur place normale ? On ferme par des points séparés la gaine antérieure du grand droit.

La peau sera suturée au crin. La sonde est collée sur le



Suture de la peau ; fixation de la sonde à la peau par un point et par deux bandelettes de l'eucoplaste.

côté par une bande de leucoplaste et bouchée par un fosset.

DURÉE DE L'OPÉRATION

Toute l'opération peut se faire en 20 à 30 minutes. D'ailleurs, la durée de l'opération a aujourd'hui bien moins d'importance que jadis, car on a substitué à l'anesthésie

générale, l'anesthésie locale qui ne produit aucun schok chez les malades, même cachectiques.

SOINS CONSÉCUTIFS

Les soins consécutifs sont extrêmement simples. Ils devront avoir un double but.

- 1° Alimenter le malade ;
- 2° Veiller au bon fonctionnement de la fistule.

a) *Alimentation du malade.* — Au bout de combien de temps doit-on commencer à alimenter le malade ?

Chez les sujets très cachectiques privés de nourriture depuis plusieurs jours, et uniquement soutenus par des lavements alimentaires et du sérum, il ne faut pas hésiter à introduire des aliments liquides par la sonde, le jour même de l'opération. Certains auteurs utilisent la bouche stomacale dès que l'opération est terminée.

Chez des sujets relativement vigoureux, il vaut mieux ne pas injecter immédiatement des aliments liquides, mais attendre quelques heures après l'intervention, par exemple 4 à 5 heures après l'opération.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas donner de grosses quantités de liquide au début. De petits repas fréquents et

régulièrement espacés, sont préférables ; par exemple, on donnera 100 grammes de lait, distribués régulièrement, toutes les deux heures, par petite quantité.

En dehors du lait, on peut donner du jus de viande, du bouillon, du café, des œufs battus, etc..., en un mot tout ce qui est liquide.

On alimentera de cette façon le malade pendant une huitaine de jours. Puis, au bout de ce temps, on pourra diminuer le nombre des repas et augmenter la quantité à gaver, car il n'est pas nécessaire de multiplier les repas des gastrotomisés. Un tel régime ne convient que dès les premiers jours. Plus tard, il n'y a absolument pas d'inconvénient à injecter une grosse quantité de liquide alimentaire, pourvu qu'on prenne la précaution de ne pas distendre outre mesure l'estomac du sujet.

Pour introduire les aliments dans l'estomac on se sert d'un entonnoir en verre qu'on adapte à l'extrémité de la sonde à demeure. Au moment du repas, on remplit l'entonnoir du liquide alimentaire. On le maintient levé. Sous l'influence de la pesanteur, les aliments passent facilement dans l'estomac.

On peut encore se servir de la seringue de Guyon. Elle présente cet avantage : elle permet de développer une pression assez suffisante pour déboucher la sonde au cas où celle-ci serait momentanément oblitérée par un caillot de lait ou de tout autre aliment.

Lorsque le repas est terminé, on enlève l'entonnoir qu'on remplace par un fosset, en bois ou en verre, qui bouchera

complètement la sonde. Le gavage peut être fait facilement par le sujet lui-même.

En outre, il faut continuer à soutenir l'état général par des injections sous-cutanées de caféine, de sérum artificiel. Au besoin, on peut ajouter des lavements nutritifs.

b) *Quant aux soins à donner à la bouche stomacale*, ils sont extrêmement simples.

Autour de la sonde, la cicatrisation se fait très vite au bout de quelques jours. Contrairement aux autres procédés, dans lesquels on ne laisse la sonde à demeure que pendant quelques jours, 6 à 7 jours, celle-ci une fois la plaie cicatrisée ne sera réintroduite dans l'estomac qu'au moment des repas : dans le procédé de WITZEL, on laisse, au contraire, la sonde à demeure, en permanence. L'expérience a montré qu'il n'en résulte d'ailleurs aucun inconvénient.

On applique simplement sur la plaie un pansement aseptique : compresses stérilisées soutenues par un tampon de coton hydrophile et un bandage de corps ; ou une bande de leucoplasme perforée en son milieu pour laisser passer la sonde à demeure. Ce pansement n'a même pas besoin d'être renouvelé journellement.

Par ce traitement, on n'observe pas la moindre trace d'irritation de la paroi abdominale, ni aucune autre lésion attribuable à l'écoulement du suc gastrique. Si l'opération a été exécutée dans les conditions d'aseptie voulues, la plaie cutanée se ferme toujours par première intention au bout de quelques jours. Nous ne saurions assez insister sur l'import-

tance de ces soins opératoires quant à l'aseptie. C'est qu'en effet dans le procédé de WITZEL, plus que dans tout autre procédé, la plaie opératoire doit toujours se cicatriser par première intention, condition essentielle au succès de l'opération. S'il existe la moindre infection les fils lâchent, le canal stomacal enfouissant la sonde n'existera plus, l'écoulement du liquide gastrique viendra enfin compromettre toute l'opération. Tout est à recommencer.

(A ce point de vue, nous tenons à rapporter le témoignage des infirmières de notre service qui ont soigné ces gastrostomisés : elles n'ont jamais observé de reflux de liquides alimentaires injectés, ni d'infection de la plaie opératoire, bien qu'elles ne renouvellent les pansements que tous les trois ou quatre jours. Ce sont des malades qui leur donnent le moins de soucis quant aux soins.

Par la sonde à demeure, laissée en permanence, on supprime toute tendance de la fistule et du canal à se rétrécir de plus en plus. Cet inconvénient a été signalé dans la plupart des autres procédés de gastrostomie.

Par le procédé de WITZEL, la gastrostomie est devenue une opération simple, facile à pratiquer, permettant d'obtenir dans tous les cas une continence absolue, exempte de toutes complications.

De tous les procédés, c'est celui qui donne au malade le maximum de sécurité et de bénéfice, lui permettant de lutter longtemps contre la cachexie progressive jusqu'au jour plus ou moins rapproché où l'évolution inexorable de son néoplasme le conduira au terme fatal.

Observations

OBSERVATION I. — Jean Bos, 61 ans, menuisier.

Le malade est âgé de 61 ans. Il est entré dans le service le 21 février 1928.

Le début apparent de la maladie remonte environ à cinq mois avant son admission à l'hôpital.

Le malade, jusque là bien portant, commence à se plaindre d'une gêne de déglutition qui augmente de plus en plus, gêne portant d'abord sur les aliments solides qui passent difficilement. Les efforts que fait le malade pour avaler provoquent souvent des régurgitations. Celles-ci se répètent si souvent qu'il a été obligé de supprimer les aliments solides de son alimentation. Mais l'appétit est toujours conservé. L'amaigrissement est peu marqué. Le malade ne se plaint d'aucune douleur.

Les troubles de la déglutition s'étant accentués, il est allé consulter le Professeur LOEPER, qui nous l'a adressé avec le diagnostic de « cancer de l'œsophage après biopsie ».

A son entrée dans notre service le malade a un état général peu satisfaisant. Le teint est pâle, le faciès est amaigri. Les troubles de la déglutition sont très marqués: aucun aliment solide ne peut passer; il avale même difficilement les liquides. L'appétit est très diminué. Le malade éprouve même du dégoût pour la viande et les graisses.

Un nouvel examen radiographique pratiqué dans le service montre un néoplasme localisé à la partie supérieure de l'œsophage avec arrêt

du bismuth au regard des clavicules. On observe en outre des lésions pulmonaires marquées.

Entré dans le service le 19 mars 1928, le malade a été opéré le lendemain 20.

L'alimentation par la bouche stomacale a été faite le jour même de l'opération par l'ingestion de lait en petite quantité répartie en plusieurs repas.

Cette alimentation a été poursuivie d'une façon normale pendant les premiers jours qui suivirent l'opération.

La plaie opératoire s'est fermée par première intention. La continence de la bouche a été parfaite.

Après une semaine nous avons diminué le nombre des repas et augmenté le volume de liquide injecté. Le malade s'est alimenté de lui-même à sa guise.

Grâce à ce régime, son poids a augmenté. Malheureusement la survie n'a pas duré plus de deux semaines après son opération. Le malade a été emporté par des métastases viscérales le 5 avril 1928.

OBSERVATION II. — André, âgé de 59 ans. Noyauteur.

Le malade est âgé de 59 ans. Il est venu consulter le Docteur Hautaut pour des troubles de déglutition.

Ceux-ci ont commencé au mois de juillet 1927. Le malade a éprouvé d'abord une certaine gêne à la déglutition des aliments solides. Ces troubles étaient alors peu marqués. L'appétit était conservé, l'état général excellent. Le malade croyant à un malaise passager ne consulta pas son médecin. Cet état est resté stationnaire pendant trois mois. Puis la dysphagie s'accroissait de plus en plus, aucun aliment solide ne pouvait passer. La déglutition des aliments liquides se faisait avec beaucoup de peine. En même temps l'amaigrissement devint rapide.

Effrayé par cet état de chose, il s'est décidé enfin à venir consulter le Docteur Hautaut le 24 février 1928.

Le 27, celui-ci nous l'a adressé avec le diagnostic de « cancer à l'œsophage », contrôlé par la radiographie.

A son entrée dans notre service, le malade est très amaigri. La cachexie est extrême. Il a perdu environ une dizaine de kilogrammes en un mois, mais il a conservé un appétit absolument normal. Toute alimentation même liquide devient impossible.

Le 28 février, la gastrostomie a été pratiquée, avec alimentation et suites opératoires normales. Le 28 mars, le malade succomba à la cachexie cancéreuse.

OBSERVATION III. — Olivier Joseph, 87 ans.

Le malade, âgé de 87 ans, est entré dans le service le 24 février 1928. Il nous a été adressé par son médecin avec le diagnostic de cancer à l'œsophage, à la période terminale.

L'interrogatoire apprend que depuis environ 7 mois, le malade se plaignait de difficulté à la déglutition portant surtout sur les aliments solides.

Néanmoins l'appétit était conservé. Ces troubles de la déglutition s'accroissant de plus en plus ont obligé le malade à supprimer les aliments solides et à réduire son alimentation. De ce fait il a considérablement maigri.

A l'examen, l'état général extrêmement déficient: cachexie marquée; troubles très prononcés de la déglutition portant aussi bien sur les aliments solides que liquides. La radiographie révéla un néoplasme de la portion moyenne de l'œsophage.

Le lendemain de son entrée dans notre service, la gastrostomie a été pratiquée avec suites opératoires et alimentation normales. Le malade a succombé 15 jours après.

OBSERVATION IV. — Jouannaud Julien, 58 ans.

Le malade âgé de 58 ans, se plaignait de dysphagie depuis environ 5 mois. Appétit normal, amaigrissement peu marqué.

A son entrée dans le service, troubles de la déglutition extrêmement marqués. Les aliments liquides sont déglutis avec beaucoup de gêne provoquant souvent des régurgitations.

La radiographie a montré un néoplasme de la portion terminale de l'œsophage.

Entré le 20 avril dans le service, le malade a été opéré le lendemain 21 avec suites opératoires absolument normales.

Une broncho-pneumonie l'a emporté le 15 mai 1928.

OBSERVATION V. — Labarre Emile, 61 ans, musicien.

C'est un malade âgé de 61 ans, musicien, qui entre à l'hôpital pour troubles digestifs.

Dans ses antécédents on ne relève aucune affection ; le malade dit qu'il a toujours été bien portant. Il nie toute spécificité antérieure.

Depuis 6 mois, depuis le mois de septembre à peu près, le malade qui jusque là n'avait ressenti aucun malaise, commença à avoir des troubles digestifs d'allure assez particulière.

Il dit qu'un jour, alors qu'il mangeait un sandwich, il sentit tout à coup une gêne intense à déglutir, il dit lui-même que « ça ne passait plus ». Il essaye de boire, mais sans résultat, et au bout d'un long moment, il parvint enfin à déglutir; la déglutition était d'ailleurs douloureuse et s'accompagnait d'une gêne intense rétro-sternale.

Depuis ce jour, la gêne devient de plus en plus grande, le malade restreint son alimentation. Peu à peu il écarte de sa nourriture le pain, la viande et se met de lui-même au régime des purées et des pâtes. Cependant il dit que parfois il lui est arrivé de manger comme auparavant des aliments plus consistants, croûtes de pain, viandes grillées et il constatait qu'il pouvait très bien déglutir.

Entre ses repas, le malade avait des régurgitations faites de salive et de glaire.

Jamais il n'eut de régurgitation acide.

Jamais de sang. Tout ce qu'il pouvait déglutir était très bien digéré (le malade dit qu'à un mois d'intervalle il a eu un hoquet incoercible qui aurait duré une dizaine de jours chaque fois).

Examiné plusieurs fois à la radio on ne trouva aucune lésion à l'estomac, ni à l'œsophage; mais on constata un arrêt de la bouillie dans l'œsophage et un retard net à la déglutition.

Examen : Malade très amaigri, ne présentant pas de teinte jaune paille des téguments.

Pas de ganglion de Troisier.

A la palpation de l'estomac on constate une douleur vague sur toute l'aire gastrique; la palpation serait plus douloureuse au niveau de l'épigastrie.

Le foie est gros et déborde de trois travers de doigts à peu près:

La rate, les poumons, le cœur, les urines sont normaux.

Système nerveux: les pupilles réagissent bien à la lumière. Le réflexe rotulien est diminué à gauche. Le réflexe achilléen aboli.

RADIOGRAPHIE : à 5 cm. au-dessous du diaphragme, l'œsophage présente un rétrécissement irrégulier avec pertuis de la largeur d'une plume d'oie. Au-dessus légère dilatation.

Le 14 mai, le malade nous a été envoyé avec le diagnostic de cancer de l'œsophage, dans la portion terminale. Nous l'avons opéré le lendemain, 15 mai. Les suites opératoires et l'alimentation sont absolument normales. Le malade est toujours en traitement dans notre service.

OBSERVATION VI. — Rubi, Antoine, 57 ans, cordonnier.

Le malade, âgé de 57 ans, entre le 8 mai, parce que, depuis le mois de janvier, il présente une dysphagie marquée.

Dans le mois de janvier, brusquement, le malade observe qu'il ne peut pas avaler les aliments solides; la déglutition est douloureuse

et si elle se produit quand même, le malade ressent que le bol s'arrête au-dessus du creux épigastrique, produisant une douleur locale, donnant la sensation d'une constriction qui disparaît quelques moments après. L'intensité de cette douleur est infime. Consistant en simple gêne.

Les aliments liquides ne produisent rien dans les premiers temps. Ils deviennent ensuite aussi gênants, mais seulement leur déglutition n'est pas douloureuse. Au moment où le malade ressent cette douleur au-dessus du creux épigastrique, il a des envies de vomir; et il se plaint souvent de régurgitations qui apparaissent aussi dans l'intervalle des repas.

Il a maigri beaucoup parce qu'il ne mangeait pas. Il se plaint en outre d'une salivation très abondante.

Radiographie : le bismuth s'arrête au niveau de la portion moyenne de l'œsophage (6^e vertèbre dorsale).

Examen: Malade très amaigri et déshydraté.

Abdomen rétracté.

Foie débordant de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Autres organes : aucun signe particulier.

Nous l'avons opéré le 13 mai. Suites opératoires et alimentation normales. Le malade reprend du poids et est toujours en traitement dans notre service.

Nous nous excusons de ne pouvoir apporter à l'appui de notre thèse qu'un nombre restreint d'observations. Mais, de l'étude de ces six cas, on peut tirer des conclusions tout à fait favorables au procédé de WITZEL dans la gastrotomie ; puisque nous n'avons observé ni incontinence de la bouche gastrique, ni accident post-opératoire. Si la survie

des malades n'a pu être prolongée comme nous l'aurions voulu, la faute est imputable à l'évolution même du néoplasme, et aussi aux malades qui ne viennent se confier aux chirurgiens qu'à la phase terminale de leur maladie.

C'est pourquoi, nous ne saurions insister sur la nécessité d'opérer tôt ces malades, sous anesthésie locale, et avec toutes les précautions minutieuses que nous avons énoncées plus haut, quant aux soins pré et post opératoires. Sous cette seule condition, tous les accidents (schok opératoire, infection pulmonaire, rénale, insuffisance cardiaque, etc.) peuvent être évités et la survie de ces malheureux peut être prolongée de plusieurs mois, voire même d'un an.

CONCLUSIONS

1° De l'étude succincte que nous avons faite, il résulte qu'à l'heure actuelle la gastrostomie classique, celle qui consiste à créer un simple orifice après fixation de l'estomac à la paroi, est une opération insuffisante et défectueuse, qui est complètement abandonnée par tous les chirurgiens.

2° Le but de toute gastrostomie est d'obtenir une continence parfaite de la bouche et d'empêcher la digestion de la paroi abdominale par l'issue du suc gastrique.

La tolérance ou l'intolérance gastrique ont une importance secondaire. L'essentiel est de créer entre la cavité gastrique et la paroi abdominale, un moyen capable d'assurer l'occlusion de la néostomie dans l'intervalle des repas.

4° Le choix de la région où il faut ouvrir l'estomac est d'une importance capitale : fistule petite, placée le plus haut possible au niveau de la grosse tubérosité, c'est-à-dire, au niveau de la poche à air.

5° Le procédé de WITZEL est une opération bénigne, simple, facile à exécuter dans le minimum de temps, réclamant peu de soins post-opératoires.

6° Il assure une continence parfaite de la bouche stomacale, par la création d'un canal gastrique séro-séreux, qui permet de ne pas mettre en contact la néostomie avec la plaie abdominale.

7° En tenant compte des statistiques publiées jusqu'à ce jour, il est à remarquer que le procédé de WITZEL est celui qui donne le plus de succès dans la gastrostomie quant à la continence de la bouche, à la simplicité et à la rapidité de son exécution. Aussi n'est-il pas étonnant qu'il soit en honneur chez tous les chirurgiens, et qu'il constitue le procédé de choix dans la gastrostomie.

VU : *Le Doyen,*

VU : *Le Président,*

P^r ROGER.

P^r J.-L. FAURE.

VU et PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

BOROZZI J. (*Thèse Paris 1898*).

LEMARCHAND R. (*Thèse Paris 1900*).

GALAVERT (*Thèse Lyon 1899*).

TRANCHANT (*Thèse Montpellier 1899*).

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie 1902.

TERRIER et HARTMANN. *Chirurgie de l'estomac.*

CH. MONOD et VANVERTS. *Technique chirurgicale.*

PAUCHET et VICTOR BÉRARD. *Pratique chirurgicale illustrée (Fascicule XI).*

Imp. O. DOUSSET, 47 bis, av. de Clichy, Paris (17^e)
